

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THESE

N°

305

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Mai 1905, à 1 heure

PAR

Jean TEXIER

Ancien externe des Hôpitaux

DU

Traitement du Bec-de-Lièvre simple

(Procédés de M. le D^r JALAGUIER)

Président : M. LE DENTU, *professeur*

Juges { MM. BERGER, *professeur*
MARION, *agrégé*
MORESTIN, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils.....		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies éruptives et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANCON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMEIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A CEUX QUI ME SONT CHERS

*Je dédie ce modeste ouvrage en témoignage
de ma profonde affection*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JALAGUIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Du Traitement du Bec-de-lièvre simple

(Procédés de M. le Dr Jalaguier)

AVANT-PROPOS

Pendant notre année d'externat chez M. le Dr Jalaguier, nous avons vu opérer avec un succès constant et suivant une technique spéciale plusieurs becs-de-lièvre. Nous avons vu aussi nombre de malades opérés les années précédentes, dont le résultat était aussi parfait que possible.

Nous avons alors demandé à M. le Dr Jalaguier de bien vouloir nous permettre de décrire dans notre thèse sa technique opératoire. Nous essayerons de le faire avec le plus de détails et de précision possible.

Puisse le praticien, qui voudra procéder à cette opération, trouver là les éléments nécessaires pour mener à bien son intervention, et notre désir le plus cher sera accompli, car nous avons voulu avant tout, donner à cette thèse un but pratique.

Mais, avant de commencer notre description, il nous reste un devoir, qui, bien que traditionnel, ne nous est pas moins doux à remplir : c'est d'adresser à nos Maîtres dans les Hôpitaux, nos plus sincères remerciements, pour la sollicitude et la bienveillance qu'ils nous ont toujours montrées : MM. les professeurs agrégés Richelot et Morestin, chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis, nous ont appris les éléments de la chirurgie ; M. le Dr Barth, médecin de l'hôpital Necker, ceux de la médecine ; M. le professeur Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Necker a perfectionné nos connaissances chirurgicales ; M. le professeur agrégé Jalaguier, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés, pendant notre première année d'externat, nous a enseigné la chirurgie infantile ; MM. les professeurs agrégés Bar et Brindeau, accoucheurs de la Maternité de Saint-Antoine, l'obstétrique ; M. le Dr Parmentier, médecin de l'hôpital Tenon a approfondi nos connaissances médicales pendant notre seconde année d'externat. Que tous, ici, reçoivent un public hommage de notre profonde reconnaissance, et qu'il nous soit permis d'exprimer tout particulièrement notre gratitude à M. le Dr Jalaguier qui a bien voulu nous aider et nous diriger pour faire notre thèse et à M. le professeur Le Dentu, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'en accepter la présidence.

INTRODUCTION

Le bec-de-lièvre, variétés, divisions.

D'après la théorie d'Albrecht aujourd'hui généralement admise, la voûte palatine est formée à sa partie antérieure et médiane par la réunion au maxillaire supérieur de quatre os intermaxillaires : deux internes ou *endognathions* accolés l'un à l'autre sur la ligne médiane, deux externes ou *mesognathions* situés entre l'intermaxillaire interne et le maxillaire supérieur ou *exognathion*.

Si, au cours du développement embryonnaire les deux os intermaxillaires interne et externe, ou la partie correspondante de la lèvre, ne se soudent pas entre eux, il y aura formation d'un bec-de-lièvre.

Si les parties molles sont seules atteintes, d'un ou des deux côtés, les bourgeons destinés à la formation de la lèvre ne s'étant pas réunis, on aura un bec-de-lièvre simple, uni ou bilatéral.

Si, non seulement la lèvre, mais encore les parties osseuses sous-jacentes ne se sont pas réunies, on aura un bec-de-lièvre compliqué uni ou bilatéral, les

deux os intermaxillaires internes réunis dans ce dernier cas, formant un bourgeon médian.

Il peut y avoir, si l'arrêt de développement est plus étendu, une large fente entre les demi-voûtes palatines qui doivent se réunir sur la ligne médiane, scissure du voile du palais et de la luette, et, dans un degré plus avancé, il peut exister enfin une déformation plus grave encore, il peut y avoir absence plus ou moins complète des os intermaxillaires et des parties molles sur la ligne médiane : c'est la gueule-de-loup.

Nous ne nous occuperons dans cette étude que des déformations portant sur les parties molles, c'est-à-dire du bec-de-lièvre simple uni ou bilatéral.

Nous parlerons d'abord des différents procédés opératoires employés jusqu'à ce jour pour réparer cette malformation, puis nous décrirons la technique opératoire de M. le Dr Jalaguier.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Age opportun pour les interventions.

Avant d'opérer un bec-de-lièvre, une première question se pose : A quel âge peut-on intervenir ?

Sur ce sujet, les avis sont très partagés : Busch, Bonfils, Roonhuysen, Heister, veulent qu'on opère aussitôt la naissance.

Contre eux sont Dionis, Garengot, qui ne veulent opérer qu'à quatre ou six ans.

Dupuytren préfère attendre trois mois, car il trouve qu'à la naissance les chances de mortalité sont nombreuses et qu'il serait imprudent d'y ajouter.

Paul Dubois apporte à l'Académie sept observations d'enfants opérés de becs-de-lièvre de quinze à trente jours après la naissance et guéris.

Giraldès (1) trouve que le danger est moindre quand on opère peu après la naissance que lorsqu'on dif-

1. Giraldès. *Leçons cliniques*, 1869, p. 140.

fère jusqu'au quatrième ou sixième mois, époque où les troubles de la dentition s'ajoutent à ceux qu'entraîne à sa suite l'opération. Aussi, pour lui, un enfant bien constitué allaité par une nourrice et hors de l'hôpital, doit être opéré aussitôt que possible.

Pour P. Broca (1), il y a urgence physiologique à opérer l'enfant atteint de bec-de-lièvre simple le jour même de sa naissance ou dans les deux ou trois jours qui suivent, afin qu'il puisse mieux téter et augmenter ainsi ses chances de vie. Il ne faudra pas dépasser le sixième mois, ou alors attendre le quinzième ou le dix-huitième, à cause de la dentition.

Phocas (2) opère aussi de suite les becs-de-lièvre simples, si l'état de l'enfant le permet.

Et Trélat nous dit (3) que chez les individus atteints de bec-de-lièvre simple, ne nécessitant pas d'opérations trop compliquées, telles que : action sur le squelette, mobilisation considérable des téguments, mais seulement des incisions d'avivement et des sutures, on doit faire l'opération de très bonne heure, c'est-à-dire pendant les deux premiers jours qui suivent la naissance.

Pour M. le professeur Le Dentu (4) : Il n'est permis d'opérer dans les premiers jours de la vie que

1. Monod. *Progrès médical*. Sept. 1884, n^{os} 36 et 37.

2. Phocas. *Gazette des Hôpitaux*. Août 1892.

3. Trélat. *Cliniques chirurgicales*, 1891, t. I, p. 553.

4. Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie*, t. V, p. 716.

les enfants portant un bec-de-lièvre incomplet et ayant toutes les apparences de la vigueur ; mais, même pour ceux-là, la meilleure période pour l'intervention est l'âge de trois, quatre ou cinq mois. La règle fondamentale est d'agir avant que la dentition commence.

CHAPITRE II

Traitement.

§ I. — *Bec-de-lièvre simple unilatéral.*

Le bec-de-lièvre simple unilatéral est une fente de la lèvre située sur la verticale tracée au-dessous de la narine. Cette affection se manifeste généralement du côté gauche, présentant l'aspect d'une fente en V, dont les deux branches seraient plus ou moins écartées en bas. Les bords de cette fente ont l'aspect d'une lèvre normale et un bourrelet détermine la limite de la muqueuse et de la peau. Généralement le bord interne est vertical et épais, pendant que le bord externe, un peu plus long que l'interne, oblique en bas et en dehors, est aminci et pour ainsi dire taillé en biseau. L'angle qui existe au point d'union des bords de la fissure et du bord naturel de la lèvre est mousse et arrondi, parfois même les deux bords se continuent insensiblement.

Quant à la hauteur de la fente, elle est très varia-

ble : elle peut n'occuper que le bord libre de la lèvre, atteindre le milieu de sa hauteur ou la séparer complètement en deux parties et s'étendre jusque dans la narine correspondante. Il est à remarquer (1) que dans ce dernier cas ses bords sont fixés à la gencive correspondante par un repli muqueux fort important au point de vue opératoire car il empêche toute mobilisation. De plus, la narine est fortement aplatie, élargie, ce qui pourra nécessiter une intervention ultérieure.

Comment pourra-t-on opérer une telle difformité ? Si, comme le fait remarquer Trélat (2) le bec-de-lièvre n'était qu'une simple fente de la lèvre, l'opération serait des plus simples : on donnerait un coup de ciseau de chaque côté de la fente, et l'on réunirait ensuite les bords avivés ; malheureusement, en même temps qu'il y a fente, il y a atrophie d'un des côtés, quelquefois même des deux côtés de la fente, de telle sorte qu'après avivement, la hauteur de la lèvre au niveau de la cicatrice est insuffisante et qu'il persiste une encoche disgracieuse. C'est à faire disparaître cette encoche que les auteurs se sont appliqués.

Débridement.

Avant d'aviver les surfaces, de tailler des lambeaux pour réunir les deux bords de la fente, il faut dans

1. Duplay et Reclus. *Traité de Chirurgie*, 1898, t. V, p. 13.
2. Trélat. *Cliniques chirurgicales*, 1891, t. I, p. 553.

certaines circonstances les mobiliser. Deux cas, en effet, peuvent se présenter comme nous le faisons remarquer tout à l'heure : ou bien, le bord de la narine est intact et alors il suffit de tailler ses lambeaux, d'aviver et de suturer, ou bien la narine est divisée et la partie supérieure de la lèvre de chaque côté de la fente est très adhérente à la gencive et nécessite alors une opération préliminaire, un débridement, qui permettra de mobiliser et de mettre en contact les surfaces avivées.

Dans ce cas (1), en effet, malgré Giraldès et selon le conseil de Franco, puis de Dupuytren, Chassaignac, il faut avoir soin de débrider largement les freins muqueux qui unissent les bords de la fistule à l'arcade alvéolaire, de mobiliser bien loin vers la narine et la branche montante du maxillaire, jusqu'à ce que l'aile du nez soit complètement dégagée.

C'est chose facile au bistouri, mais il se produit une hémorragie en nappe notable. Pour l'éviter, P. Broca décolle au galvano-cautère ; car, d'après lui, c'est ce décollement au ciseau ou au bistouri qui produit l'hémorragie et non l'avivement des deux bords de la division.

Verneuil lui substitue le thermo-cautère.

Trélat opère de même, procédant avec lenteur et ne touchant que très légèrement la muqueuse par crainte des eschares longues à éliminer.

M. A. Broca, revient au bistouri, trouvant qu'un

1. Duplay et Réclus. *Traité de chirurgie*, T. V.

tamponnement compressif suffit à arrêter l'hémorragie en quelques minutes et que, d'autre part, la suture bien pratiquée est hémostatique.

M. le professeur Le Dentu (1) débride aussi au bistouri. S'il a des hémorragies, il emploie la compression et des hémostatiques inoffensifs, comme l'alun ou l'antipyrine en solution saturée.

MM. Lannelongue, de Saint-Germain, Phocas, se servent du doigt et du bistouri.

Procédés opératoires.

Nous allons voir maintenant les principaux procédés qui ont été employés pour réunir les deux bords de la fente du bec-de-lièvre.

Avivement par les caustiques et le fer rouge. — Les premiers essais tentés pour réunir les deux bords de la fente labiale furent exécutés en avivant les deux bords avec des caustiques ou le fer rouge, et en les réunissant ensuite au moment de la chute des eschares.

Procédé par avivement simple. — Mais le dernier procédé tomba vite en désuétude et l'on pratiqua bientôt l'avivement à l'aide de ciseaux. Il n'est pas nécessaire, dit Louis (2), d'être profondément initié

1. Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie*, t. V, p. 720.

2. Cité par Bouisson. Art. Bec-de-lièvre, *Dictionnaire Dechambre*, p. 662.

dans les mystères de l'art, pour savoir quelles sont les indications curatives de ce défaut organique. On sent qu'il s'agit uniquement de rafraîchir les bords de la division pour en faire une plaie saignante susceptible d'être réunie.

Donc, de chaque côté de la fente, et sur toute la hauteur de la division, on enlevait un lambeau qui comprenait toute l'épaisseur de la lèvre, on rapprochait alors les surfaces saignantes et on les maintenait en contact.

Mais ce procédé avait deux inconvénients : d'abord, il y avait perte de substance dans un endroit de la lèvre où il en manquait déjà beaucoup, puis, le résultat opératoire était médiocre, le retour de l'encoche étant presque inévitable.

Procédé de Husson. — C'est pour prévenir ce retour de l'encoche que Husson propose un nouvel avivement des deux bords de la fente :

Les chirurgiens se sont plaints, dit-il (1), de ce qu'après l'opération du bec-de-lièvre on observait presque constamment un angle rentrant sur le bord libre de la lèvre opérée ; on a cru trouver la cause de cet inconvénient dans la propriété rétractile des cicatrices : on a dit, que la cicatrice en se raccourcissant, entraînait le bord libre de la lèvre et le déformait. Ne serait-il pas possible d'éviter cet inconvénient en donnant aux bords de la plaie une surface qui dépasserait la hauteur de la lèvre, d'une étendue égale à

1. Husson. Thèse de Paris, 1836, p. 27.

celle que la cicatrice exigera pour son retrait ? De cette manière, la cicatrice, d'abord trop longue, finirait par perdre cet excès de longueur et par se mettre de niveau. Je crois qu'on arriverait à remplir cette indication en donnant à chacun des bords avivés de la plaie une forme concave ressemblant à deux parenthèses se regardant par leur concavité : (). En forçant, par la suture, les deux bords à se toucher, on les redresse, et, par conséquent la ligne qu'ils représentent, de courbe qu'elle était, devenant droite, s'allonge et dépasse le niveau du bord libre de la lèvre, résultat que l'on cherchait à obtenir.

Holmès (1), en parlant de ce procédé que Husson avait proposé théoriquement sans jamais l'employer, dit qu'il n'a jamais vu aucun avantage résulter de cette méthode.

Procédé de Delore (de Lyon).— Delore propose, sans plus de résultats d'ailleurs, une légère modification au procédé de Husson : il taille ses deux avivements, non plus en forme de parenthèses se regardant par leur concavité, mais en forme de V dont les deux ouvertures sont situées en face l'une de l'autre ; néanmoins l'encoche se reproduit toujours.

Procédé de Clémot et Malgaigne. — C'est pour éviter cette encochure et la perte de substance qui résultait de l'avivement des lambeaux que Malgaigne et en même temps que lui, Clémot (de Rochefort) cherchèrent un nouveau procédé.

1. *Journal des maladies chirurgicales des enfants*, 1870, p. 120.

Malgaigne (1), considérant que le bec-de-lièvre consiste surtout dans une déperdition de substance, au lieu de l'accroître comme le fait le procédé ordinaire, va garder le plus de tissu possible. Il va utiliser les rognures perdues pendant l'avivement : ce sera là la base de sa méthode.

Quant au mode d'exécution, dit-il, rien n'est plus simple : il consiste, au lieu d'aviver de bas en haut, à aviver de haut en bas et à garder près du bord labial un pédicule aux petits lambeaux détachés par l'avivement, afin de les faire servir ensuite selon les besoins.

Avec plus de détails d'ailleurs, il nous décrit son procédé de la façon suivante : D'un premier coup de ciseau, dit-il, je divisai le frein de la lèvre qui descendait trop bas et d'un second coup, je prolongeai le bec-de-lièvre en haut, jusque sous la narine. Alors, me portant du côté gauche du malade pour faire agir les ciseaux de haut en bas, je procédai à l'avivement en commençant dans l'incision même que je venais de faire et continuant jusqu'à deux millimètres du bord libre de la lèvre. Je pris grand soin de longer parallèlement l'angle arrondi qui joint le bec-de-lièvre au bord labial, afin d'avoir des lambeaux partout également épais et d'arriver près du bord de la lèvre au point où il est encore horizontal. Pour cela, il fallut, de chaque côté, deux coups de ciseaux, l'un qui arri-

1. *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1844, t. II, p. 1. Communiqué à la Société de chirurgie de Paris, le 20 décembre 1843.

vait jusqu'à l'angle et l'autre qui contournait cet angle de telle sorte qu'en réalité la plaie à réunir se composait de trois sections, dans une direction verticale d'abord, puis de plus en plus oblique, sans compter la surface saignante des petits lambeaux restés pendants de chaque côté et qui avaient encore une direction différente.

Malgaigne plaçait ensuite une première épingle tout en bas de la portion cutanée de la lèvre, et les petits lambeaux qui ne tenaient que par un très mince pédicule étaient renversés de haut en bas et affrontés face à face. Il ajoutait deux autres épingles au-dessus de la première et s'occupait des lambeaux qui offraient beaucoup plus de substance qu'il n'en était besoin, pour combler le déficit de la lèvre. Je les taillai donc à loisir avec des ciseaux, continue-t-il, de manière à en garder juste ce que je jugeai convenable et en leur donnant aussi la forme qui me plût. Je les réunis alors par deux points de suture entrecoupée, en avant ; un troisième en arrière ; je passai ensuite une épingle pour les ramener exactement au même niveau, et, après avoir coupé les pointes de toutes mes épingles, sans autre bandage ni appareil, je renvoyai le malade à son lit.

Pour éluder la difficulté d'aviver de haut en bas, Monod propose de commencer par faire avec des ciseaux deux petites incisions transversales près du bord libre de la lèvre, lesquelles permettraient ensuite de faire agir l'instrument de bas en haut ; les deux petits lambeaux laissés vers le bas suffiraient à com-

bler l'encoche et il ne serait plus besoin de les retailler après.

Huguier propose de se servir du bistouri, pénétrant d'un coup de pointe près du bord labial et marchant ensuite de bas en haut jusqu'au sommet du bec-de-lièvre.

Modification de Nélaton. — Au lieu de séparer les deux lambeaux au niveau de la partie supérieure de la fissure labiale, on les laisse adhérents l'un à l'autre, en donnant à l'incision la forme d'un V à concavité tournée en bas.

Pour arriver à ce résultat, Nélaton taille ses lambeaux, de bas en haut, par transfixion, et, arrivé au niveau de l'angle supérieur, il le dépasse, laisse les deux lambeaux unis par un pont de substance taillé au-dessus de l'angle, de manière à obtenir une anse qu'il ne reste plus alors qu'à renverser en bas et à accoler par ses surfaces saignantes.

Ce procédé, comme on le voit, n'est applicable qu'au bec-de-lièvre incomplet, lorsque la fissure est peu étendue.

Modification de Henry (de Nantes). — Son procédé consiste à aviver en biseau et en sens inverse, les bords de l'encoche, afin d'augmenter la largeur des surfaces qui devront être mises en contact.

Procédé de Mirault (d'Angers). — Mirault nous explique (1) comment un jour, en opérant à la façon de Malgaigne pour reconstituer un lobe médian de

1. Mirault, Mémoire sur l'opération du bec-de-lièvre. Angers, 1845.

la lèvre supérieure il fut amené à employer un nouveau procédé.

Après avoir détruit, dit-il, d'un coup de bistouri l'adhérence qui unissait à l'os maxillaire la partie supérieure du côté gauche du bec-de-lièvre, j'assujettis ce même côté en le saisissant par la partie moyenne avec le pouce et l'indicateur, et avec des ciseaux, je taillai dans sa partie inférieure, par une section oblique de haut en bas et de dedans en dehors, un lambeau de six à huit millimètres de longueur. Ce lambeau, suspendu au bord de la lèvre ayant été écarté en dehors par un aide, j'achevai l'avivement des chairs de ce côté par une autre section à peu près verticale, comme on le fait habituellement.

Pour mieux préciser ce premier temps de l'opération, je dirai que la section qui servit à tailler le lambeau, commençait à la partie supérieure de l'angle arrondi de cette portion de la lèvre, et que, pratiquée dans la direction d'une ligne qui irait gagner la commissure du même côté, elle se rapprochait de plus en plus du bord de l'ouverture naturelle de la bouche : d'où il suit que le lambeau était plus étroit et comme pédiculé en dehors, ce qui permettait son renversement dans le même sens et favorisait le manuel de la section verticale.

Je procédai de la même manière à l'égard du côté droit du bec-de-lièvre et je commençai à opérer le rapprochement des bords de la division en pratiquant un premier point de suture entortillée au bord de la

section verticale, c'est-à-dire à son point de jonction avec la section oblique de chaque lambeau. Deux autres points de suture furent placés au-dessus du précédent pour achever la réunion de la division verticale.

Restait encore, pour accomplir la restauration de la lèvre, à reconstituer son lobule médian. Je me suis mis en devoir comme Malgaigne d'affronter par leurs faces sanglantes les deux petits lambeaux qui demeuraient suspendus à leurs pédicules. Pendant que j'avisais au moyen d'obtenir une coaptation régulière, les deux petits lambeaux se couchèrent par hasard l'un sur l'autre, en s'imbriquant, et dans cette position, ils imitaient très bien la saillie lobulaire de la lèvre, sauf qu'elle était un peu plus forte. Alors me vint l'idée de retrancher la plus grande partie du lambeau du côté droit et d'appliquer sur sa place disposée *ad hoc*, la face supérieure ou saignante du côté gauche. Alors, le lobule médian artificiel fut parfait, et il suffit de fixer ce lambeau par un quatrième point de suture entortillée.

Procédé de Giralès. — Giralès (1) décrit ainsi un procédé qu'il dit avoir été employé avant lui par d'autres chirurgiens, et qui figure dans l'*Atlas de Bruns*, trouvant que les lambeaux s'affrontent très aisément et qu'il n'a pas à redouter l'hémorragie.

L'enfant, couché sur un lit, est immobilisé par un aide. Après l'avoir chloroformisé, je saisis avec des

1. Giralès. *Leçons cliniques*, 1869, p. 155.

pincés à dents de souris le bord droit de la division et je coupe un lambeau que je laisse adhérent par son extrémité supérieure ; puis, prenant le bord gauche comme précédemment, je taille un lambeau semblable mais adhérent à son extrémité inférieure. Cela fait, je relève le premier lambeau, de telle sorte qu'il devient horizontal et limite en bas la narine. Une incision oblique, d'un centimètre environ, pratiquée dans le sillon naso-labial, fournit une surface saignante pour recevoir celle du lambeau. Je réunis ensuite la portion verticale des bords de la brèche par des sutures.

Reste le lambeau inférieur : on le fixe de la même façon sur le rebord horizontal avivé de la lèvre du côté opposé. Il se trouve placé transversalement au bas de la plaie verticale qu'il unit plus intimement. J'ai donné à ce procédé le nom de procédé à mortaises. Il a entre autres avantages, celui de fournir à la narine correspondante, une bordure cutanée.

Procédé de M. Lannelongue (1). — Avivement : sur le bord externe de la fissure et avec de petits ciseaux courbes, M. Lannelongue enlève, à petits coups et très superficiellement, de minces lambeaux du bourrelet muqueux (avivement épidermique). Il faut avoir soin de ménager de larges surfaces cruentées, les empruntant surtout à la face interne du bourrelet et rasant seulement en avant sa limite cutanée. Enfin, il faut aviver le plus loin possible jusqu'au voisinage de la commissure.

1. Denise. Thèse Paris, 1883-1884.

Taille du lambeau. — M. Lannelongue le détache avec le bistouri, par transfixion et de bas en haut.

Le point délicat est de veiller ici à ce que le lambeau soit assez long, assez fort et jamais terminé en pointe : on doit finir en arrondissant autant que possible.

En terminant ensuite l'avivement jusqu'à rencontre avec l'autre côté, on aura soin au contraire que le sommet du V soit très pointu.

Sutures. — Après avoir soigneusement essayé son lambeau on place son premier point de suture. Une aiguille assez fine, armée de son fil d'argent, est enfoncée à un demi centimètre environ du bord avivé du côté opposé au petit lambeau et dans un point correspondant à la base de ce dernier ; on la dirige de dehors en dedans, en ayant soin de faire ressortir sa pointe très près de la muqueuse ; il ne reste plus alors qu'à lui faire parcourir un chemin analogue mais en sens inverse dans l'épaisseur de la lèvre opposée.

On place ainsi deux ou trois fils suivant l'étendue de la division : si la scissure est étendue, il faut toujours en mettre un très haut, au voisinage de la sous-cloison.

Reste le petit lambeau qu'il suture avec des fils de soie, en avant et en arrière sur la muqueuse.

Soins consécutifs. — On place au-devant de la lèvre comme simple pansement un petit carré de protectrice, plus une bandelette étroite et longue de tarlatane phéniquée pliée en plusieurs doubles et qu'on noue derrière la tête.

Les fils de soie sont enlevés trente-six à quarante-huit heures après l'opération, les fils d'argent, plus tard, à partir du troisième jour. On les retirera successivement à un ou plusieurs jours d'intervalle en commençant par le fil supérieur et réservant toujours celui du petit lambeau pour la fin.

Procédé de P. Broca (1). — P. Broca a très heureusement modifié le procédé de Mirault en en conservant la conception générale. Il a remplacé la fine languette muqueuse par un véritable lambeau autoplastique épais et large, taillé en pleine lèvre. Il le prend sur le bord interne de la division. Le bistouri, le tranchant tourné en haut, est enfoncé perpendiculairement dans la lèvre, à l'union de la muqueuse et de la peau, en empiétant plutôt un peu sur la peau. L'instrument cheminant alors de bas en haut, jusqu'à l'extrémité supérieure de la division, taille d'un seul coup un lambeau triangulaire qui mesure chez les tous jeunes enfants, 5 millimètres à sa base, 6 à 7 millimètres, chez les enfants plus âgés, et qui comprend toute l'épaisseur de la lèvre. L'artère coronaire est ouverte, mais aussitôt comprimée par les doigts d'un aide ou par une pince. La section est, au reste, rapidement faite, et la suture peut être immédiatement appliquée.

Auparavant, en effet, l'avivement du bord externe de la fente aura été pratiqué et poursuivi à la façon de Mirault jusque sous le bord horizontal de la lèvre.

1. Monod. *Progrès médical*. Sept. 1884.

On n'a pas à s'occuper de l'avivement du bord interne : il résulte nécessairement de la taille du lambeau.

Ce lambeau épais ne tombe pas de lui-même comme celui de Mirault, il faut l'abaisser pour le rendre horizontal et le maintenir en place jusqu'à application de la suture. Celle-ci sera faite avec des fils d'argent à points séparés. Un premier fil est placé au niveau de la base du lambeau, c'est le point régulateur qui maintient les parties dans la position nouvelle qu'on leur impose. Deux autres points sont placés au-dessus de celui-ci, entre lui et le nez, dans la partie verticale de l'avivement. Deux autres enfin traversent le lambeau horizontalement couché sous la lèvre et l'y applique étroitement, l'un à son sommet, l'autre entre la base et le sommet.

Les sutures seront enlevées dans l'ordre suivant : Le troisième ou quatrième jour on supprimera les trois fils verticaux ; le quatrième ou cinquième, les deux fils horizontaux.

§ II. — *Bec de lièvre simple bilatéral.*

Dans ce cas, il existe de chaque côté une fente labiale analogue à celle du bec-de-lièvre simple unilatéral. Ces fentes sont à peu près symétriques, c'est du moins le cas le plus fréquent, encore que cette règle n'ait rien d'absolu. La lèvre supérieure se trouve donc divisée en trois parties : deux latérales qui se continuent vers les joues et un bourgeon médian

plus ou moins développé, situé sous la cloison à laquelle il est très adhérent, et bordé sur tout son pourtour d'une muqueuse analogue à celle d'une lèvre normale. Il est presque toujours très extensible, point très utile à signaler, au point de vue du traitement.

Jusqu'à Heister, l'opération du bec-de-lièvre double étant considérée comme beaucoup plus grave que celle du bec-de-lièvre unilatéral, les chirurgiens pratiquaient l'intervention en deux temps et n'opéraient qu'un côté à la fois. Gosselin, B. Auger, Roux, Guersant, procédaient de la sorte pour moins fatiguer l'enfant.

L'opération en une seule séance après laquelle l'enfant est guéri est préférable et actuellement on ne procède pas autrement.

Pour le manuel opératoire, deux cas peuvent se présenter : le lobe médian est bien développé ou insuffisant :

1° S'il est bien développé, on applique de chaque côté un des procédés employés pour le bec-de-lièvre unilatéral.

On comprend, avait déjà dit Malgaigne, quel parti on pourra tirer pour la création d'un tubercule à la lèvre de ces deux lambeaux flottants qui offriront toujours plus de substance qu'il ne sera nécessaire. On emploiera donc de chaque côté le *procédé de Clémot-Malgaigne*.

Si le lobule médian est un peu court, après avoir fait un avivement épidermique sur tout son pourtour, l'on

taillera aux dépens des lèvres externes des fissures deux *lambeaux de Mirault*. Ces deux lambeaux une fois rabattus et réunis sur la ligne médiane, au-dessous du lobule, formeront un bec saillant au milieu de la lèvre supérieure, saillie qui est destinée à disparaître avec la cicatrisation.

La ligne des sutures à la forme d'un Y d'où le nom de *procédé en Y* sous lequel il est communément désigné.

Si l'écartement est considérable et qu'il importe de ne pas augmenter la perte de substance, on peut employer le *procédé de König* (1) qui n'est qu'une modification de celui de Mirault. Les deux bords de chaque fissure sont avivés et réunis par le simple rapprochement de leurs surfaces cruentées. Puis, au-dessous d'une ligne fictive qui longerait le bord inférieur du lobule, deux petits lambeaux de 7 à 8 millimètres de haut, sont taillés par une incision oblique en dehors. Ces deux lambeaux sont mis bout à bout et au bord inférieur du lobule médian, comme dans le cas précédent.

2° Mais il peut se faire que le lobule médian atrophié, soit insuffisant.

Le *procédé de Sédillot* (2) est généralement employé dans ce cas. Le lobule médian, taillé en V allongé, servira à former la cloison sous-nasale et à reconstituer la lèvre.

1. Monod et Vanverts. *Technique opératoire*, T. II, p. 10.

2. Monod et Vanverts. *Technique opératoire*, T. II, p. 11.

Une incision oblique est menée en dehors de chaque côté et prolongée de 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'aile du nez. La lèvre est avivée par une incision coudée dont la portion verticale correspond au bord de la fissure et la portion oblique à l'angle mousse inférieur. Le lambeau triangulaire tronqué de la joue est détaché de ses adhérences à l'os maxillaire dans une étendue assez grande pour en permettre l'abaissement ; son côté supérieur glisse sous le bord d'avivement en V du lobule médian, son sommet tronqué s'offre et s'unit à son congénère ; les deux petits lambeaux à angle mousse sont éversés et coaptés à la Malgaigne.

Pour éviter l'encoche qui se forme souvent à la partie moyenne de la lèvre supérieure, M. Le Dentu (1) propose de tracer de chaque côté, au-dessous de l'aile du nez, une incision transversale profonde et longue de plusieurs millimètres. On suture la partie la plus externe du bord inférieur de cette incision avec la partie la plus élevée du lobule cutané-médian. Cet artifice a pour résultat d'augmenter la hauteur de la lèvre de chaque côté et les petits lambeaux renversés peuvent être opposés et suturés l'un à l'autre au-dessous du lobule cutané.

1. Le Dentu et Delbet. *Traité de Chirurgie*, t. V, p. 727.

CHAPITRE III

Sutures.

Nous ne citerons que pour mémoire les emplâtres, bandages unissants et agglutinatifs de toutes sortes employés par Franco, Pibrac, Louis... pour assurer la coaptation, et aujourd'hui tombés dans l'oubli.

Oubliées aussi, la suture à plaques de Denonvilliers, la suture élastique de Rigal (de Gaillac).

Mirault employa d'abord la suture entortillée, signalée par Guy de Chauliac et appliquée au traitement du bec-de-lièvre par A. Paré, recommandant de se servir d'aiguilles très fines, d'épingles à insectes que l'on retirait sans règle fixe et selon les circonstances vers le troisième ou quatrième jour.

Bientôt, à la suture entortillée, Mirault substitue la suture entrecoupée enlevée le sixième jour. Guersant recommande les fils doubles qui selon lui coupent moins qu'un fil simple, en faisant traverser la lèvre de part en part, ce que n'indique pas Mirault. Giraldès, Verneuil, Gosselin, Trélat, suivent son exemple. C'est qu'en effet, dit Trélat, la suture entortillée ne

laisse pas d'avoir de graves inconvénients, par sa nature, elle tend à faire bâiller en avant les lèvres de la plaie, de plus, on ne peut multiplier le nombre des épingles, tandis que la minceur des fils métalliques permet d'en placer un nombre suffisant pour rendre la réunion très exacte.

Aux fils d'argent, on substitue les crins de Florence qui sont mieux tolérés et coupent moins les tissus.

M. Le Dentu (1) recommande la suture à points séparés et à crins de Florence. Chaque anse, dit-il, doit embrasser toute l'épaisseur de la lèvre. On introduit l'aiguille, de la surface vers la profondeur du lambeau situé à droite de l'opérateur, à 3, 4 ou 5 millimètres de son bord et on la fait cheminer obliquement vers la limite de la muqueuse buccale. On pique de nouveau au point correspondant de l'autre lambeau et on fait sortir l'aiguille à travers la surface cutanée, dans un point correspondant rigoureusement à la transfixion de l'autre bord. On met quatre à sept fils suivant l'âge des sujets. Ils doivent être serrés, juste assez pour que le contact soit assuré. Ils sont enlevés au bout de quatre jours au maximum.

Pour soutenir les sutures, lorsque l'écartement des fentes labiales est considérable, et que le maintien en contact des surfaces avivées est difficile, on a inventé des bandages variés, des pelotes qui repoussaient la lèvre de chaque côté. Guersant imagine une

1. Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie*. T. V, p. 725.

serre-fine, Philips un compresseur. Trélat (1) passe à la base du nez un fil métallique fort, fixé d'un côté à une plaque de plomb qui se moule sur les parties molles, puis il applique une seconde plaque de plomb du côté opposé au moment des sutures.

1. Trélat. *Cliniques chirurgicales*, 1891. T. I, p. 553.

DEUXIÈME PARTIE

Procédés de M. le D^r Jalaguier.

Maintenant qu'on a passé en revue les principaux procédés employés jusqu'à ce jour, l'âge auquel les divers auteurs sont d'avis d'opérer, les sutures qu'ils préfèrent, on va décrire avec le plus de détails possible, l'opération du bec-de-lièvre simple uni ou bilatéral, telle que la pratique M. le D^r Jalaguier.

Les observations des malades opérés dans son service de l'hospice des Enfants-Assistés depuis avril 1898 seront ensuite publiées, même celles des becs-de-lièvre compliqués en ce qui concerne la restauration de la lèvre. Les résultats en ont tous été contrôlés par M. Jalaguier qui a revu tous ses malades une ou plusieurs années après leur opération. Nous-même pendant notre séjour dans son service avons pu en voir opérés depuis, un, deux et sept ans même avec un résultat aussi parfait que possible.

1^o *Age*. — M. Jalaguier est d'avis d'opérer l'enfant atteint de bec-de-lièvre simple, unilatéral, dès les pre-

nières semaines ou dès les premiers mois de sa naissance.

Quant au bec-de-lièvre simple bilatéral, il attend toujours au moins un an.

Dans les deux cas, l'opération est toujours subordonnée au bon état de santé de l'enfant, dont on rassurera par des pesées quotidiennes, et à la possibilité de son alimentation à la cuiller.

2° *Soins antiseptiques.* — Pendant les jours qui précèdent l'opération, on procède au savonnage et au lavage de la bouche, avec un tampon de coton hydrophile. La veille, au matin, on donne une cuillerée à café d'huile de ricin, et le jour même de l'opération, qui a lieu généralement vers dix heures, on laisse l'enfant à jeun à partir de cinq heures du matin. Avant l'opération, on savonne avec soin toute la figure, les gencives, les narines, on lave ensuite à l'eau boriquée et à l'alcool, puis à l'éther quand le malade est endormi.

3° *Position du malade et personnes nécessaires.* — Le petit malade est débarrassé de tous ses vêtements, même de sa chemise, et enveloppé complètement dans une alèze, en lui prenant les bras. Il lui est alors impossible de faire un mouvement ; le cou seul est libre.

Parallèlement à la fenêtre, l'enfant est couché en travers sur la table d'opération, la tête sur le bord, soulevée par des coussins, et les jambes pendantes.

Deux personnes sont nécessaires pour le maintenir : une fixe la tête, et l'autre les jambes. Elles sont

toutes les deux assises, ont les bras tendus et s'effacent le plus possible pour ne pas gêner le chirurgien.

4^o *Anesthésie.* — Le malade est endormi au chloroforme. Comme on ne pourra lui maintenir constamment la compresse devant la bouche et le nez, il sera bon de l'endormir très profondément de façon à laisser au chirurgien le temps de faire une partie de son opération. De temps en temps, celui-ci s'arrêtera pour permettre au chloroformisateur de faire respirer au petit malade quelques bouffées de chloroforme, et, pendant ce temps, il pratiquera l'hémostase en faisant de la compression.

5^o *Instruments nécessaires.* — Le chirurgien aura à sa disposition : un bistouri peu épais et à lame étroite, une paire de ciseaux courbes fins, une pince à griffe, des pinces hémostatiques, deux pinces Klamp, courbes, à longs mors et à crémaillère, une petite aiguille de Reverdin à courbure très accentuée et une à grande courbure, des crins de Florence très fins et quelques-uns un peu plus forts.

A. Bec-de-lièvre simple unilatéral.

6^o *Opération.* — Il convient tout d'abord d'examiner soigneusement son malade avant de commencer l'opération, afin de bien savoir ce que l'on va faire, la façon dont on va tailler ses lambeaux, la longueur

qu'il faudra leur donner et la place qu'ils occuperont, l'opération une fois finie.

On place tout d'abord sur chaque extrémité de la lèvre supérieure, au niveau de la commissure et se dirigeant vers la joue, une pince Klamp, longue, courbe et à crémaillère, dont les mors ont été préalablement garnis d'un drain de caoutchouc, qui ne doit pas atteindre leur extrémité, pour éviter tout dérapement. Ces pinces seront modérément serrées. En opérant de la sorte, on évitera toute hémorragie sérieuse, et, pendant le cours de l'opération, le chirurgien ne sera pas gêné par une trop grande quantité de sang qui masquerait en partie ses lambeaux.

Si l'extrémité de la fente labiale est solidement maintenue à la gencive sous-jacente par des freins muqueux, il faudra débrider pour pouvoir mobiliser suffisamment les lambeaux et les affronter sans tiraillement. M. Jalaguier se sert pour cela, non du galvanocautère comme Paul Broca le lui avait appris, mais de la pointe fine du thermo-cautère, qui donne d'aussi bons résultats, la réunion ayant toujours lieu par première intention. La pointe est donc maintenue au rouge sombre et on opère par petits coups successifs en ayant soin d'écarter le plus possible les muqueuses avoisinantes, qui seront protégées par des compresses humides.

Ce décollement sera, s'il le faut, prolongé très haut le long de la branche montante du maxillaire et parfois même jusqu'au rebord orbitaire.

On va maintenant tailler ses lambeaux : la façon

de procéder sera décrite en se servant de la figure 1, où est représenté un bec-de-lièvre simple, unilatéral, droit, dont l'observation est rapportée plus loin (Obs. XIII).



fig. 1.

On taille tout d'abord un lambeau interne, qui a l'avantage d'augmenter la hauteur de ce bord, et, une fois fixé, de provoquer une légère ascension de la narine. Sa surface d'avivement, (fig. 2, *a b*) aura 6 à 7 millimètres de long, et sa base, très large : au moins 4 à 5 millimètres, commencera sur la ligne verticale qui prolongerait la sous-cloison.

Avec une pince à griffes que l'on fixe au point *a* (fig. 2) choisi comme base du lambeau, on prend toute l'épaisseur de la lèvre, et on garde le manche de la pince dans le creux de la main gauche, pendant que de la droite on enfonce au point *a*, en transfixant la lèvre, un bistouri à lame étroite et coupant bien. La lame est dirigée en haut et en dehors vers le point *b*. On taille alors son lambeau très droit. Arrivé au point *b*, exactement à l'union de la muqueuse et de la peau, c'est là chose très importante et sur

laquelle insiste toujours M. Jalaguier, on tourne brusquement la lame de son bistouri pour qu'elle fasse un angle droit avec le bord libre de la ligne cutanéomuqueuse, et on sort ainsi en coupant perpendiculairement la muqueuse de la lèvre.



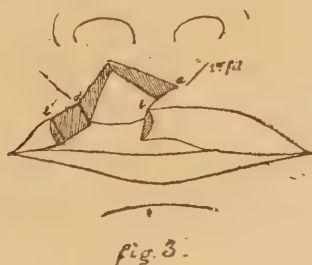
On regarde alors la longueur ab (fig. 2 et 3) du lambeau que l'on vient d'exécuter pour en tailler un égal $a'b'$ du côté opposé.

Avec une pince à griffes, on saisit le sommet a' de l'angle saillant de la lèvre externe de la fente labiale, et on le fixe. En dehors de la pince, à la distance b' correspondant à la longueur du lambeau interne ab on enfonce le bistouri et on sort en coupant perpendiculairement la muqueuse labiale. Puis à partir de ce même b' on coupe, en suivant la limite de la muqueuse et de la peau jusqu'au point a' : l'avivement $a'b'$ égale la longueur du lambeau ab .

Reste à aviver la partie supérieure de la fente labiale, de a à c et de a' à c (fig. 2). Pour égaliser ca et ca' , on reportera le sommet c soit en dehors, soit en dedans, selon la grandeur des lambeaux. On enfonce alors son bistouri au point c choisi et on avive ca et ca' sur toute la hauteur de la lèvre. On

suit toujours exactement la limite de la peau et de la muqueuse en prenant bien soin de ne laisser aucune parcelle de celle-ci, car on aurait les pires résultats.

Il faut aussi porter son attention sur l'avivement de l'angle supérieur c qui, s'il n'était pas parfait, provoquerait la formation d'une fistule.



Les lambeaux une fois taillés et les surfaces avivées (fig. 3), on les rapproche, en fixant dans l'angle rentrant $c a b$, formé par l'abaissement du lambeau interne, l'angle saillant $c a' b'$ du bord externe avivé, pour voir s'ils s'adaptent bien. Puis, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, on passe un premier crin de Florence assez fort, dans les angles a et a' à 2 ou 3 millimètres en arrière de ces deux points, puis on réunit les deux parties de la lèvre en serrant ce fil (fig. 4). Ce premier fil d'angle est très important, ce sera le seul profond, car il va jusqu'à la limite de la muqueuse qu'il ne dépassera pas toutefois, et celui qui permettra de bien faire les autres sutures. Néanmoins il peut n'être que provisoire et pourra être enlevé si, au cours des sutures et lorsque celles-ci sont presque terminées, on voit que les deux angles a et a' ne coaptent pas d'une

façon parfaite. On suture ensuite par les points superficiels la ligne *ca* (fig. 4).

Un deuxième fil important est celui du bord de la lèvre en *b b'*. Placé, en effet, à l'union de la peau et de la muqueuse, il doit les faire coapter exactement. Pour cela, on devra le placer peu profond, un peu en dehors et en avant.

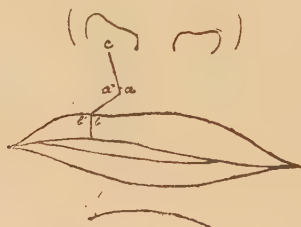


fig. 4.

Par des points superficiels, on suture ensuite *a b* et par des points très fins le bord de la lèvre et de la muqueuse située au-dessous. Le nombre des points de suture sera aussi grand que l'exigera un affrontement parfait.

7° *Pansement*. — Le tout étant bien nettoyé, on fait un simple pansement humide avec un petit carré de gaze stérilisée trempé dans l'eau boriquée, recouvert de taffetas chiffon et maintenu par une petite bande de tarlatane : on part de la joue droite, on passe sous le nez puis sous l'oreille gauche, on passe au-dessus de l'oreille droite pour venir faire un circulaire du front et aller passer ensuite au-dessous de l'oreille droite.

Si, les jours suivants, la cicatrice est tirillée et que

les fils ont l'air de vouloir lâcher, on remplace la bande de tarlatane par une bande de diachylon de 1 cm. 1/2 de large, appliquée par-dessus le pansement, en ramenant les joues l'une vers l'autre.

Si l'enfant n'a pas vomi dans la journée, on ne change le pansement que le lendemain matin à 8 heures et on en fait un semblable après lavage soigné des lèvres et des narines, en faisant couler un peu d'eau boriquée sur la lèvre.

On fait ensuite ce pansement tous les jours, à moins qu'il n'y ait un peu de rougeur inflammatoire. Dans ce cas, on le fait deux fois par jour en remplaçant la gaze stérilisée par du coton hydrophile.

8° *Soins consécutifs.* — Pour que l'enfant ne puisse atteindre son pansement avec ses mains, il suffit de supprimer les mouvements de flexion du coude. Pour cela, on engage chacun de ses bras dans un cylindre de carton, allant du poignet à l'aisselle et fixé à la brassière.

Que les enfants soient au sein ou non, on ne leur donne absolument rien la première journée, de peur de provoquer des vomissements. A 6 heures, cependant, s'ils crient trop, on leur donne, à la cuiller, un peu d'eau sucrée avec quelques gouttes de rhum.

Aux enfants qui têtent, s'ils ne veulent pas prendre le sein les jours suivants, parce que cette opération est douloureuse pour eux, on donne le lait à la cuiller pendant cinq à six jours.

Chez les enfants sevrés, la nourriture sera aussi uniquement du lait donné à la cuiller, celle-ci étant tou-

jours flambée ainsi que le récipient où on verse le lait. On lave ensuite la lèvre de l'enfant.

Aux uns et aux autres, on donne toujours le lendemain matin une cuillerée à café d'huile de ricin.

Si les enfants ont de la fièvre le lendemain de l'opération, ce qui est chose fréquente, on leur donne un lavement avec un litre d'eau bouillie puis maintenue à la température de la salle.

9° *Enlèvement des fils.* — Le troisième jour de l'opération on commence à enlever deux ou trois fils : ceux qui commencent à couper. Le quatrième jour on en enlève encore quelques-uns et les derniers sont enlevés le cinquième jour, au plus tard.

B). *Bec-de-lièvre simple bilatéral.*

L'opération décrite sera celle qui a été pratiquée sur le bec-de-lièvre simple bilatéral de la figure 5, dont l'observation est publiée plus loin (Obs. XV).



On place, comme dans l'opération du bec-de-lièvre simple unilatéral, une pince Klamps à mors garni

d'un drain de caoutchouc, à chaque extrémité de la lèvre supérieure.

On débride profondément, si c'est nécessaire, avec la pointe fine du thermo-cautère et on tamponne.

On avive alors le tubercule médian. D'abord de chaque côté : *b d'*, *i a'* (fig. 6), on commence en haut avec son bistouri, en faisant bien attention de ne laisser aucune partie de la muqueuse.

A la partie inférieure du lobule, deux cas peuvent se présenter : si le lobule est large et haut, on le taille légèrement convexe en bas, en gardant une saillie médiane, qui servira à augmenter la hauteur du milieu de la lèvre. Si, comme dans le cas que nous figurons ici (fig. 5), le tubercule est petit, on l'avivera par une incision horizontale *d' a'* (fig. 6).



fig. 6.

Reste maintenant la taille des deux lambeaux latéraux : c'est la tâche la plus difficile. Ils doivent remplir deux conditions : 1° donner à la lèvre la hauteur voulue à la partie médiane ; 2° avoir comme longueur, chacun la moitié de la longueur de l'espace à combler.

Considérons le côté gauche de la lèvre de la figure 5. On commence par attirer en bas le bord cutané du

tubercule médian avivé ; on voit alors ce qui manque pour former la hauteur de la lèvre. Cette longueur va servir à déterminer la distance du point *a* (fig. 6) au rebord cutanéomuqueux de la lèvre.

Quant à la longueur voulue, on la déterminera en pinçant les deux coins *a'* et *d'* du tubercule médian avivé, et en les écartant. On prend la moitié de la longueur ainsi obtenue et on a la longueur cherchée *ab* du lambeau. Pour déterminer toutes ces dimensions, il faut beaucoup d'habitude et de coup d'œil, car on ne peut les mesurer autrement.

Après avoir fixé une pince à griffes au point *a* (fig. 6) on enfonce son bistouri à lame étroite et dirigée en haut et en dedans ; on coupe alors, en suivant une ligne parallèle au bord cutanéomuqueux de la lèvre. Arrivé en *b*, on tourne brusquement la lame de son bistouri pour sortir à pic et à angle droit. On peut, si l'on veut, faire une légère obliquité en haut, du côté de la muqueuse, pour donner un peu de saillie médiane.

Ce lambeau taillée, on continue la première incision jusqu'en haut, en *i* (fig. 6), à la rencontre de l'avivement du tubercule médian avec lequel il fait un angle aigu.

On retourne alors son bistouri dans la plaie et on fait une petite queue *af* (fig. 6 et 7) de 2 à 3 millimètres, qui n'est plus parallèle au bord de la lèvre, mais s'en éloigne un peu et forme avec la ligne *ca* un angle obtus, ouvert en haut. Cette petite queue servira à mobiliser les tissus.

D'une façon identique, on taille un lambeau du côté droit, en prenant bien soin qu'il ait même hauteur et même longueur que le premier.

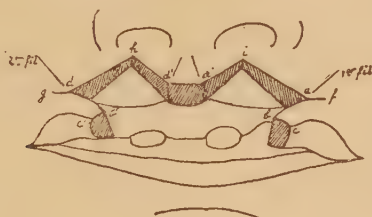


fig 7.

Les lambeaux sont taillés (fig. 7) : il ne reste plus qu'à les réunir. On les met d'abord en place pour voir s'ils s'adaptent bien. S'ils ne s'adaptent pas, ou bien ils sont trop longs et on les taille un peu tous les deux à leur extrémité, ou bien ils sont trop courts et il suffit alors de prolonger la petite incision libératrice.

Avec la petite aiguille courbe de Reverdin on place ensuite un crin de Florence fort qui traverse toute l'épaisseur de la lèvre jusqu'à la muqueuse à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'angle rentrant *a* et va réunir ce point à l'angle saillant *a'* du tubercule médian. Un autre crin réunit le point *d* au point *d'*. Ces deux fils, comme le premier du bec-de-lièvre simple, ne sont pas définitifs et on peut les enlever à la fin si l'affrontement ne se fait pas très exactement à ce niveau.

Si on considère alors la figure 8, on voit que le tubercule médian s'est considérablement élargi. Il reste à réunir les deux lambeaux médians. On le

fait au moyen d'un troisième fil prenant toute l'épaisseur des lambeaux, sauf la muqueuse comme toujours, puis, par des points superficiels, on réunit les branches montantes *a i*, *d b* (fig. 9), la ligne transverse *f g*, puis, avec beaucoup de soins, on réunit, par des points superficiels et fins, la muqueuse labiale, plaçant avec beaucoup d'exactitude celui qui est situé en *c c'* au niveau de la séparation de la muqueuse et de la peau.

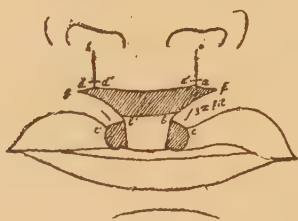


fig. 8.

Les sutures finies, on fait un pansement humide revêtu de taffetas chiffon et maintenu par une bandelette de tarlatane, comme dans la première opération que nous avons décrite. Les soins consécutifs sont les mêmes.

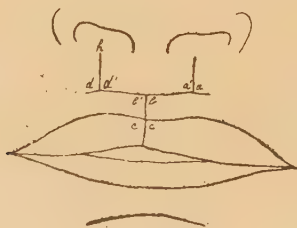


fig. 9.

Les fils sont enlevés lorsque la peau commence à

couper. On enlève les derniers, ceux qui ont été placés les premiers en *a a'* et *b b'*. On les laisse jusqu'au sixième ou septième jour.

Bec-de-lièvre compliqué.

Sans vouloir traiter cette question qui serait hors du sujet que nous nous sommes assigné et sur laquelle nous n'aurions rien de nouveau à dire, nous allons néanmoins indiquer dans ses grandes lignes la pratique de M. Jalaguier.

Première opération. — A 15 mois ou 2 ans, on luxe en arrière le tubercule médian, s'il fait saillie ; au besoin, pour pouvoir le refouler en arrière, on fait une résection cunéiforme du vomer. On le maintient ensuite avec des bandelettes de diachylon.

Deuxième opération. — Trois ou quatre mois après, on restaure les parties molles, selon la méthode que nous avons décrite, suivant que la lésion est unie ou bilatérale.

Troisième opération. — Lorsque l'enfant est âgé de sept à huit ans, la fente palatine, bien que beaucoup améliorée, existe encore en grande partie. On fait alors, si l'enfant est docile, une staphylorraphie.

OBSERVATIONS

Nous allons publier maintenant les observations de tous les becs-de-lièvre opérés dans le service de M. Jalaguier à l'hospice des Enfants-Assistés depuis le mois d'avril 1898.

Encore que nous ayons exclu du cadre de cet ouvrage le bec-de-lièvre compliqué, nous en publions néanmoins les observations, en ce qui concerne la restauration de la lèvre.

10 Bec-de-lièvre simple unilatéral.

OBSERVATION I

Emile D..., âgé de 1 an, atteint d'un bec-de-lièvre simple unilatéral gauche.

Entre à l'hôpital le 19 avril 1898. Opéré le 30 avril sous chloroforme par le procédé de M. Jalaguier. Ablation des fils, le 4 mai.

Sort de l'hôpital parfaitement guéri le 8 mai.

OBSERVATION II

L..., âgé de 22 mois, opéré sous chloroforme le 22 juin 1898, par le procédé de M. Jalaguier.

OBSERVATION III

Gabrielle M..., âgée de 10 mois, atteinte d'un bec-de-lièvre unilatéral.

Opérée le 26 décembre 1898 par le procédé de M. Jalaguier. Les sutures sont faites au catgut et deux ou trois au crin de Florence.

Le premier pansement est fait le 30 décembre, tout va bien. Le 31, on constate que la ligne de suture a lâché un peu sur une petite surface. On fait un pansement au salol et à la vaseline. Pour maintenir la lèvre, on met une bandelette de diachylon.

Depuis, les pansements ont été faits tous les jours et les sutures tiennent bien.

Le 10 janvier, la petite malade guérie quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

Henri C..., âgé de 18 mois, atteint d'un bec-de-lièvre simple unilatéral.

Opéré par le procédé de M. Jalaguier, le 8 mai 1900. Le 12 mai, les crins de Florence sont enlevés ; la réunion est parfaite.

Le 13 mai, le malade sort guéri.

OBSERVATION V

Emile B..., âgé de 2 ans, atteint d'un bec-de-lièvre simple unilatéral.

Opéré par le procédé de M. Jalaguier le 18 décembre 1900. Cinq points de suture sont faits au crin de Florence, un au catgut sur le bord libre de la lèvre.

Les pansements humides sont renouvelés tous les jours.

Au deuxième jour, ablation d'un fil.

Au troisième jour, ablation de deux fils.

Au quatrième jour, ablation du quatrième fil.

Au cinquième jour, ablation du cinquième fil et du catgut.

Le 24 décembre, le malade sort guéri.

OBSERVATION VI

René V..., âgé de 10 mois, atteint d'un bec-de-lièvre simple unilatéral gauche.

Opéré le 2 mai 1901. On décolle la lèvre supérieure gauche très loin et un peu la lèvre supérieure droite au thermo-cautère. On procède ensuite selon la technique de M. Jalaguier et on suture au crin de Florence fin. On fait un pansement humide.

3 mai. — Bon état de la plaie, œdème de la paupière gauche.

4 mai. — Bon état, ablation de quelques fils.

8 mai. — Ablation du reste des fils.

La réunion est parfaite.

Le 10 mai, le malade sort guéri.

OBSERVATION VII

Anselme M..., âgé de 5 mois, atteint d'un bec-de-lièvre simple unilatéral gauche.

Opéré le 7 juin 1901. On décolle la lèvre et la joue gauche au thermo-cautère.

On opère ensuite selon la méthode de M. Jalaguier et on suture au crin de Florence. Pansement humide.

Le 13 juin, le malade sort guéri.

OBSERVATION VIII

Roland C..., âgé de 4 mois, atteint d'un bec-de-lièvre simple unilatéral droit, est opéré le 7 juin 1901 par le procédé de M. Jalaguier.

Le 15 juin, il sort guéri.

OBSERVATION IX

Gaston C..., âgé de 2 ans 1/2, atteint d'un bec-de-lièvre simple unilatéral gauche.

Opéré le 15 juin 1903. Anesthésie au chloroforme. Taille des lambeaux après décollement de chaque côté au thermo-cautère, dans le sillon gingivo-labial. Encoche sur le lambeau droit. Sutures aux crins de Florence.

Les crins sont enlevés le quatrième jour. Réunion par première intention. La lèvre supérieure présente une légère saillie au niveau de la partie inférieure, l'affrontement des deux lèvres de la plaie n'ayant pas été parfait.

Le 26 juin. — Ablation d'un petit lambeau en forme de triangle pour corriger cette légère difformité. Suture avec deux crins de Florence.

Le 30 juin, le malade sort guéri.

OBSERVATION X

Raoul M..., âgé de 9 ans, atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral droit simple, s'arrêtant à l'entrée de la narine et dans l'hiatus duquel fait saillie une incisive, (incisive médiane droite) hypertrophiée, tordue sur son axe et se présentant par la tranche.

Le 21 avril 1904. — Le malade est opéré sous chloroforme. On pince les joues avec deux pinces courbes garnies de caoutchouc, puis on avive le bord gauche du bec-de-lièvre et on taille à droite un lambeau inférieur qui est rabattu horizontalement, d'après le procédé de M. Jalaguier. Les sutures, dont deux sur le bord postérieur de la lèvre, sont faites au crin de Florence.

Pour que l'incisive, mal plantée, ne vienne pas au niveau de la

suture, on la mobilise et on l'amène à bien se présenter, par sa face antérieure.

Le 23 avril. — On enlève deux des crins, tout est très bien.

Le 28 avril. — Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XI

Maurice L..., âgé de 18 mois, atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral droit simple:

Opéré le 2 août 1904, selon le procédé de M. Jalaguier. Un ou deux fils suppurent légèrement. Néanmoins la réparation de la cicatrice se fait bien. Le 8 août, on enlève le dernier fil qui est le plus élevé au niveau de la narine.

Les jours précédents, le malade avait eu de la température, à la suite d'une affection gastro-intestinale.

Une petite parcelle de muqueuse se trouve empiéter à droite, sur la peau du lambeau opposé ; une légère retouche sera nécessaire. Le malade sort le 13 août.

OBSERVATION XII

Georgette B..., âgée de 16 mois, atteinte d'un bec-de-lièvre simple unilatéral gauche.

Opérée le 28 octobre 1904. La taille du lambeau se fait aux dépens de la lèvre interne, selon la technique de M. Jalaguier.

Le 10 novembre, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XIII

Georges H..., âgé de 6 mois, atteint d'un bec-de-lièvre simple unilatéral droit.

Opéré le 6 décembre 1904.

C'est l'opération de cet enfant que nous avons décrite dans notre thèse.

Il sort le 13 décembre, complètement guéri.

2° Bec-de-lièvre simple, bilatéral.

OBSERVATION XIV

André V..., âgé de 20 mois, atteint d'un bec-de-lièvre simple bilatéral.

Opéré le 27 mars 1899 sous chloroforme et selon la méthode de M. Jalaguier : Avivement du lobe médian ; taille de deux lambeaux dans les lobes latéraux attirés et suturés sur la ligne médiane, entre eux et au lobe médian. On met douze crins de Florence et deux catguts.

Le 10 avril. — Il s'en va en très bon état.

Il revient se faire voir deux ou trois fois. Résultat bon. Légère saillie sur la lèvre supérieure.

Il revient le 5 septembre 1899 en bon état. La cicatrice est légèrement chéloïdienne et il y a une encoche prononcée.

OBSERVATION XV

Georges V..., âgé de 19 mois, atteint d'un bec-de-lièvre simple, bilatéral.

Opéré le 28 novembre 1904.

C'est cette opération que nous avons décrite dans notre thèse.

Le malade sort le 8 décembre, guéri.

Arrivé chez lui, il tombe accidentellement sur la lèvre, qui se trouve fendue par la dent sous-jacente, au point même où elle avait été suturée.

Le malade entre de nouveau à l'hôpital le 13 décembre 1904. On lui suture sa lèvre et il sort définitivement guéri le 1^{er} janvier 1905.

3° Bec-de-lièvre compliqué, uni et bilatéral.

OBSERVATION XVI

Germaine S..., âgée de deux ans, atteinte d'un bec-de-lièvre double compliqué.

Accidentellement, l'os incisif est fracturé, d'où déviation en dehors et en bas. Le bourgeon médian est exigu et court.

La malade est opérée sous chloroforme le 16 janvier 1900, selon la méthode de M. Jalaguier : on libère au thermo-cautère, la face interne de la lèvre supérieure, de chaque côté. Le bourgeon médian est saisi et avivé sur les trois bords libres. Sur chacune des lèvres externes on pratique une incision en L renversée. La partie verticale de cette incision est suturée à la partie verticale correspondante du lobule médian. La partie horizontale mobilisée est suturée à l'avivement inférieur du lobe médian, ainsi que la partie similaire de la fente opposée. L'orifice des narines est rétréci par deux points de suture inféro-internes, contre la cloison. Sutures aux crins de Florence, deux au catgut sur la muqueuse. Pansements humides.

Le 24 janvier. — La cicatrisation est complète.

Le 4 février. — La malade s'en va en bon état.

Le 4 janvier 1902. — La malade revient en bon état ; le tubercule médian est à peu près rapproché, mais non encore soudé.

OBSERVATION XVII

Georges C..., âgé de 2 ans, atteint d'un bec-de-lièvre avec fissure palatine.

Il est opéré de sa fente labiale, le 28 mai 1901, par le procédé de M. Jalaguier.

Il sort guéri le 3 juin.

OBSERVATION XVIII

René G..., âgé de 8 mois, atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche, avec fissure labio-palatine.

Opéré le 15 juillet 1901 selon la méthode de M. Jalaguier, après décollement de la lèvre au thermo-cautère. Sutures aux crins de Florence.

L'enfant saigne beaucoup. On s'aperçoit le lendemain qu'il y a une légère encoche à la lèvre supérieure.

Incision en V le 21 juillet et un point de suture pour rétablir la continuité.

Le 24 juillet. — Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XIX

Césaire C..., âgé de 3 ans, atteint d'un bec-de-lièvre bilatéral compliqué.

Dans une première intervention, le 9 mai 1901, on a réduit son os intermaxillaire.

On l'opère le 22 juillet 1901 pour refaire sa lèvre supérieure, en employant la méthode de M. Jalaguier, seulement les lambeaux sont un peu trop longs : on coupe leurs extrémités, puis on les fixe définitivement.

Le résultat est très satisfaisant. Il reste une trompe moyenne.

Quelques fils sont enlevés le surlendemain, d'autres, les jours suivants. Le 26, on enlève les cinq ou six fils qui restent et on ne met plus de pansement.

Le lobule médian s'est trouvé légèrement repoussé en arrière. Les incisives supérieures sont reportées un peu en arrière des incisives inférieures.

Le 6 août 1901, il sort guéri.

OBSERVATION XX

Marie-Louise P..., âgée de 15 mois, atteinte de bec-de-lièvre double, compliqué; incomplet à droite.

Première opération le 3 décembre 1901, pour réduire son os intermaxillaire.

Opérée à nouveau le 3 janvier 1902, pour la réfection de sa lèvre supérieure.

La joue gauche est décollée du maxillaire supérieur à l'aide du thermo-cautère. Le lobule médian est avivé en cube, toute sa muqueuse est enlevée. A droite et à gauche, on détache un lambeau qui est rabattu sous le bord inférieur du lobule médian. Sutures aux crins de Florence. Pansements humides.

Le 19 janvier, la malade sort guérie.

OBSERVATION XXI

Justin P..., atteint de bec-de-lièvre double, compliqué.

Opéré antérieurement : le 9 décembre 1902 (section du bourgeon osseux).

Sa lèvre supérieure est refaite le 10 janvier 1903.

La joue du côté gauche, celle qui correspond à la fissure du

maxillaire est décollée sur une grande hauteur au thermo-cautère. Il n'y a aucune hémorragie.

Le bourgeon médian est taillé carrément au bistouri et présente trois bords cruentés : deux latéraux et un inférieur.

De chaque côté, sur la lèvre, on taille deux lambeaux au bistouri, en faisant une incision d'abord verticale puis oblique vers la narine et se terminant un peu plus obliquement dans la fente même. Les lambeaux sont basculés en bas et en dedans et réunis l'un à l'autre au-dessous du bourgeon médian, lequel est suturé à l'autre côté des lambeaux par sa partie inférieure.

Toutes les sutures sont faites au crin de Florence.

OBSERVATION XXII

Marcelle D..., âgée de 5 ans. Bec-de-lièvre unilatéral droit, compliqué de division du voile du palais.

Opérée sous chloroforme le 11 mars 1904.

Taille des lambeaux et avivement par le procédé de M. Jalguiet, après avoir préalablement placé sur les lèvres deux pinces à mors garnis de caoutchouc, pour l'hémostase. Les deux bords avivés sont amenés facilement au contact l'un de l'autre ; les parties cutanées et muqueuses se correspondent exactement. On les réunit par un certain nombre de crins de Florence, dont deux sur le bord libre de la lèvre et un sur sa face buccale.

Pas d'hémorragie notable.

Pansements humides renouvelés deux fois par jour.

Le 14 mars. — On enlève le fil du bord muqueux de la lèvre. Immédiatement, il se fait une désunion partielle de la suture en ce point.

Les jours suivants, on enlève progressivement les autres crins, sans que la désunion se propage : au niveau du plus élevé, à

l'entrée de la narine, il s'est seulement formé un pertuis minuscule qui ne persiste que vingt-quatre heures.

Le 19 mars, on enlève les derniers fils et on supprime tout pansement.

Le 20 mars, la malade sort en bon état, sauf une légère encoche du bord labial.

OBSERVATION XXIII

Marie F..., âgée de 4 ans, atteinte de bec-de-lièvre compliqué ; gueule-de-loup : scissure de la lèvre et de l'arcade alvéolaire à gauche. Division complète de la voûte palatine et du voile du palais.

Le 2 août 1904, on reconstitue sa lèvre supérieure par le procédé de M. Jalaguier. La réunion a lieu par première intention.

Les premiers fils sont enlevés le deuxième jour, les derniers le 8 août.

Le 12 août elle sort guérie.

OBSERVATION XXIV

René D..., bec-de-lièvre double, compliqué.

Dans une première intervention, le 28 octobre 1904, on réduit son os intermaxillaire.

Dans une deuxième, le 28 octobre 1904, on refait sa lèvre supérieure par le procédé habituel : deux lambeaux latéraux suturés au-dessous du lambeau médian avivé.

OBSERVATION XXV

André T..., âgé de 2 ans 1/2, atteint de bec-de-lièvre double compliqué.

Dans une première intervention on réduit son os intermaxillaire le 25 avril 1904.

On refait sa lèvre supérieure le 9 février 1905 par le procédé de M. Jalaguier. Le malade fait les jours suivants, au niveau de l'application de la pince sur la joue gauche, un abcès à pus jaunâtre qui est ponctionné et se trouve vidé deux jours après d'une façon complète.

Les sutures qui semblent vouloir lâcher sont maintenues par des bandelettes de diachylon.

Le 17 février. — Les sutures sont en bonne voie de guérison, seul un fil a lâché sur le bord libre de la lèvre.

Vu : le Président de la thèse

LE DENTU

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUISSON. — Dictionnaire Dechambre. Art. Bec-de-lièvre
p. 662.
- DENISE. — Thèse Paris, 1883-1884, no 311.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. T. V.
- GIRALDÈS. — Leçons cliniques, 1869, p. 140.
- Bulletin de la Société de chirurgie, 2^e série, 1864, t. V, p. 386,
1865, t. VI, p. 327.
- D'HOURL. — Thèse Lille, 1894-1895.
- HUSSON. — Thèse Paris, 1836, p. 27.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. V.
- MALGAIGNE. — Journal de chirurgie de Malgaigne, janvier 1844,
t. II, p. 1.
- MIRAULT (d'Angers). — Mémoire sur l'opération du bec-de-
lièvre. Angers, 1845.
- Bulletin général de thérapeutique, 1866, t. LII, p. 353.
- Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1860, t. VIII, p. 50.
- MONOD. — Progrès médical, sept. 1884, nos 36 et 37.
- MONOD et VAUVERTS. — Technique opératoire, t. II, p. 10.
- PHOCAS. — Gazette des Hôpitaux, 16 août 1892.
- TRÉLAT. — Traitement du bec-de-lièvre. Cliniques chirurgicales,
1891, t. I, p. 553.
- VERNEUIL. — Mémoires de chirurgie, p. 467.

TABLE

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION. — Le bec-de-lièvre, variétés, divisions. . . .	9

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Age opportun pour les interventions	11
CHAPITRE II. — Traitement.	14
§ I. — Bec-de-lièvre simple unilatéral. Débridement. . . .	14
Procédés opératoires	17
§ II. — Bec-de-lièvre simple bilatéral.	28
CHAPITRE III. — Sutures	32

DEUXIÈME PARTIE

Procédés de M. le Dr Jalaguier.	35
1° Age	35
2° Soins antiseptiques.	36
3° Position du malade et personnes nécessaires. . . .	36
4° Anesthésie.	37
5° Instruments nécessaires	37
A) Bec-de-lièvre simple unilatéral.	37
6° Opération.	37
7° Pansement.	42
8° Soins consécutifs.	43
9° Enlèvement des fils.	44
B) Bec-de-lièvre simple bilatéral.	44
C) Bec-de-lièvre compliqué.	49
OBSERVATIONS.	50
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	63

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

